

LA DEMANDA DE TURISMO ACCESIBLE PARA ADULTOS MAYORES: DISCAPACIDAD Y BARRERAS ELDERLY'S ACCESSIBLE TOURISM DEMAND: IMPAIRMENT AND BARRIERS

KRISTIANO RACCANELLO¹

Fundación Universidad de las Américas, Puebla, México

Yael CUAMATZIN GARCÍA²

El Colegio de Tlaxcala, A.C. Tlaxcala México

RESUMEN

La tendencia mundial al envejecimiento de la población representa una importante oportunidad para el sector turístico si estuviera preparado para recibir a los turistas adultos mayores que, debido a la edad, son más propensos a padecer alguna discapacidad. Para ello, se necesita la intervención del gobierno para eliminar las barreras que impiden o limitan el adecuado disfrute de las atracciones turísticas, porque estos obstáculos desalientan la participación de las personas mayores en las actividades turísticas. Mientras las barreras persistan, debido a que estos consumidores tienen necesidades específicas relacionadas con la accesibilidad, la demanda de mercado será menor. En este trabajo se reconoce la importancia del turismo para la Calidad de Vida de las personas adultas mayores (PAM) si tienen alguna discapacidad y propone un modelo teórico donde se valora la importancia de reducir las barreras para el turismo senior. De acuerdo con los resultados, la implementación de políticas públicas para promover el turismo accesible generaría un efecto positivo tanto para la CdV de las PAM, como para el sector turístico. Clasificación JEL: J14, J18, Z38.

Palabras clave: Calidad de vida, discapacidad, envejecimiento, personas adultas mayores, turismo.

Fecha de Recepción: 23 de abril de 2019 Fecha de Aceptación: 21 de junio de 2019

¹ Kristiano Raccanello – Profesor Titular, Departamento de Banca e Inversiones. Fundación Universidad de las Américas, Puebla. Exhacienda Sta Catarina Mártir, CP 72810, San Andrés Cholula, Puebla, México. email: kristiano.raccanello@udlap.mx

² Yael Cuamatzin García – Estudiante de la Maestría en Gestión de Turismo Regional Sustentable. El Colegio de Tlaxcala, A.C. - Av. Melchor Ocampo #28, San Pablo Apetatitlán, CP 90600, Tlaxcala, México. email: yaelcg@coltlax.edu.mx

ABSTRACT

The worldwide population aging trend represents an important opportunity for the tourism sector if it were prepared to receive older tourists who, due to their age, are more prone to suffer impairments. Government intervention aimed at removing those barriers that prevent or limit an adequate enjoyment of tourist attractions is needed, because barriers discourage elderly's engagement in touristic activities. As these consumers have specific needs related to accessibility, as long as barriers persist, market demand will be lower. This paper acknowledges the importance of tourism for elderly's Quality of Life (QoL) when impairment occurs and proposes a theoretical model that highlights the importance of reducing barriers for senior tourism. According to the results, implementing public policies to promote accessible tourism would generate a positive effect, both for the elderly's QoL and for the tourism sector. **JEL Classification:** J14, J18, Z38.

Keywords: Aging, elderly, impairment, Quality of Life, tourism.

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las Naciones Unidas se pronostica que para el 2050 una cuarta parte de la población estará integrada por personas adultas mayores (PAM), individuos cuya edad es de 60 años y más (United Nations, 2017). A nivel mundial, la tendencia al envejecimiento, causada por el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de mortalidad, se asocia con importantes cambios en los mercados de bienes y servicios debido a las necesidades específicas de este grupo etario (World Health Organization [WHO], 2015; Alén, Domínguez y Fraíz, 2010).

Para un individuo, el envejecimiento consiste en una etapa de la vida que se caracteriza por cambios biológicos que, en mayor o menor medida, afectan a la salud física, así como sus capacidades. Estos cambios promueven el padecimiento de alguna discapacidad, la cual, a su vez, limita o imposibilita poder realizar una o más actividades de la vida diaria. Al dejar de ser autosuficiente, la PAM requiere de la asistencia (temporal o permanente) de terceras personas que la acompañen. Por el solo hecho de una mayor edad cronológica, ya sea con o sin discapacidad, se altera la esfera relativa a la salud, a lo económico y al tiempo disponible. Con fundamento en los dominios de vida que se asocian con la medición de la Calidad de Vida (CdV) y la importancia de su percepción por parte del individuo, reflejados en los instrumentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, se observa que en la CdV de la PAM convergen elementos inherentes a la persona, así como los referentes la esfera social (relaciones, presencia e interés) en la cual en primer lugar intervienen los familiares, otras personas allegadas y,

55

finalmente, a la sociedad en su conjunto. La PAM está inmersa también en un contexto que favorece o entorpece sus actividades; en éste se pueden ubicar los derechos de las PAM, así como la infraestructura a su disposición. Un enfoque de este tipo, incluyente por naturaleza, pone de manifiesto la importancia de reconocer a las PAM de forma integral, como sujetos de derechos que interactúan en un ambiente que debe garantizar *de facto*, y no sólo *de jure*, el acceso a una vida plena con igualdad de oportunidades.

A pesar de una visión normativa en la cual es relativamente fácil lograr un consenso, los problemas de las PAM, no sólo en las interacciones con terceras personas, sino también referentes al entorno, son complejos, multidisciplinarios y requieren de soluciones acordes a sus necesidades

En este artículo se aborda la problemática de las PAM, justificando la reducción de las barreras que pudieran comprometer el acceso y la interacción de estas personas si padecen de alguna discapacidad, para así fomentar la demanda turística y mejorar su CdV. Con este objetivo se presenta un modelo que expresa la demanda turística, y cuyos alcances permiten establecer algunas propuestas de políticas públicas en beneficio de la CdV y del sector turístico fundamentadas en una mayor accesibilidad.

Después de esta introducción, se analiza el proceso de envejecimiento de la población mundial, las consecuencias para las PAM que se derivan de la pérdida de sus capacidades y su relación con la CdV, sustentadas en las investigaciones que utilizan los instrumentos para su medición sugeridos por la WHO. Sucesivamente, en la tercera sección, se presenta el modelo de demanda turística y las propuestas de políticas públicas que, con base en los resultados obtenidos, mejorarían la CdV de las PAM y beneficiarían al sector turístico. Las conclusiones y algunas reflexiones se resumen en la cuarta y última sección.

2. ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES

Del 2000 al 2015, a nivel mundial, se ha registrado un aumento del 48% de las PAM que alcanzó una población de 901 millones; asimismo, se espera que para el 2030 ésta aumente a 1.4 billones y hasta 2.1 billones en el 2050 (United Nations, 2015). Según datos del Banco Mundial (2019), el envejecimiento se fundamenta en un incremento en la esperanza de vida al nacer (de 67.7 a 72 años entre el 2000 y el 2016), lo cual permite vivir más tiempo tanto a las mujeres (de 69.9 a 74.3 años) como a los hombres (de 65.6 a 69.9 años), mientras que durante este mismo período la tasa de mortalidad (por cada 1,000 adultos) se ha reducido paulatinamente para

ambos géneros (mujeres: de 146.7 a 123.2; hombres: 212.2 a 179.6), a pesar de un ligero repunte entre 2014 y 2016. También, la tasa de natalidad ha disminuido considerablemente de 21.6 nacidos vivos (por cada 1,000 personas) en el año 2000, a 18.9 en 2016. Es decir, las personas no solo viven más tiempo, sino que, además, hay un menor número de nacimientos, por lo cual la población, en promedio, está envejeciendo.

Para estos mismos años, las estimaciones de la WHO (2011) revelaban que en el 2010, el 15% de la población mundial, más de 1,000 millones de personas, presentaba alguna discapacidad; datos que muestran un aumento respecto a la estimación inmediata anterior (10% de la población mundial en 1970), y que se asocian generalmente con el envejecimiento y las enfermedades, pero también con situaciones propias de cada país como los accidentes de tránsito, los hábitos alimenticios y los conflictos, entre otros. De hecho, el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (WHO, 2015:28) es particularmente explícito en señalar que en correspondencia del umbral etario de las PAM: “Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles (...)”.

Una persona que padezca alguna discapacidad se encuentra en un estado de dependencia porque requiere del apoyo, asistencia o ayuda por parte de terceros para realizar una o más actividades. Aunque la dependencia sea un concepto mucho más amplio que el de discapacidad (Tamez, 2017), en este trabajo la discapacidad se considera como una condición, de naturaleza tendencialmente biológica³ que limita las actividades y perjudica la CdV de las PAM, imponiendo limitaciones que pueden ser aminoradas por medio de la intervención de terceros, a través de la implementación de recursos tecnológicos o servicios dependiendo de las necesidades.

2.1 PAM: Pérdida de capacidades intrínsecas y funcionales y calidad de vida

El envejecimiento se asocia con un deterioro de las capacidades funcionales e intrínsecas de las PAM que promueve un estado de dependencia. La pérdida de las capacidades funcionales se refiere a tener particulares dificultades o no poder realizar las actividades de la vida diaria (por ejemplo, asearse y vestirse), obligando las PAM a requerir asistencia y apoyo. El mantener estas capacidades se ha asociado con un mayor nivel socioeconómico y una mejor

³ En el modelo que se presenta en el apartado 3 se incorpora la posibilidad de discapacidades congénitas.

salud, aunque, según el estudio SAGE (WHO, 2015:69-70), se detecta una amplia heterogeneidad entre la población.

El debilitamiento de las capacidades intrínsecas, en función de los cambios biológicos dictados por la edad, ocasiona una pérdida de las funciones de movimiento (cansancio, pérdida de fuerza en las extremidades), sensoriales (menor visión y audición principalmente), cognitivas (dificultades de aprendizaje, pérdida de memoria y demencia), inmunitarias, sexuales y de la piel. Asimismo, el estrés provocado por estas pérdidas, las enfermedades crónicas y otras causas de naturaleza bio-psico-social, se puede asociar con la depresión (Beers y Berkow, 2000; Gallo y Coyne, 2000) y en general con una reducción en el bienestar y en la CdV de las PAM.

Desde la definición del concepto de CdV (Nussbaum y Sen, 1993), se ha buscado precisar los dominios de vida (dimensiones) que lo integran (Felce y Perry, 1995) concluyendo que además de tener un enfoque multidimensional y considerar aspectos específicos (subdimensiones), es necesario utilizar indicadores objetivos y subjetivos (Diener y Suh, 1997). Actualmente, la WHO define la CdV como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y los sistemas de valores en el cual viven con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHO, 1997:1). Para su medición la WHO ha adoptado el WHOQOL-100, un instrumento que abarca seis dimensiones de la CdV⁴ evaluadas a través de 100 reactivos. La característica más importante de este instrumento consiste en medir la percepción del individuo con relación a las dimensiones mencionadas, lo cual está alineado con la definición de la WHO sobre este constructo; al ser traducido en varios idiomas, los resultados pueden ser comparados entre distintos países.

La WHO ha también desarrollado una versión resumida (WHOQOL-BREF) que cubre cuatro dimensiones⁵ y 26 reactivos, así como otros módulos para las PAM y Personas con Discapacidad (PcD)⁶ que pueden ser añadidos tanto al WHOQOL-100 como, preferiblemente, al WHOQOL-BREF. Para las PAM, el WHOQOL-OLD contempla seis componentes (Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Morir y muerte e,

⁴ Las seis dimensiones son: Salud física, Aspectos psicológicos, Nivel de independencia, Relaciones sociales, el Entorno y, Espiritualidad/religión/creencias personales.

⁵ Las cuatro dimensiones son: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y, el Entorno.

⁶ La WHO presenta otros módulos adicionales y los manuales correspondientes. Se invita que el lector interesado visite la página: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Intimidad), mientras que, para las PcD, el WHOQOL-DIS contiene sólo tres (Discriminación, Autonomía e, Inclusión).

La investigación realizada a través de la aplicación de estos instrumentos ha encontrado que las PAM gozan de una mejor CdV cuando realizan actividad física y de acuerdo al segmento etario (Miranda, Soares y Silva, 2016). Asimismo, una mejor percepción de salud y la falta de limitaciones funcionales se asocian positivamente con todos los dominios de CdV; al igual que la escolaridad y el ingreso (Paiva, Pegorari, Nascimento y Santos, 2016). Soósová (2016), para incluir en el análisis elementos no considerados en los instrumentos, ha utilizado el Índice de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ADLs), la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) y el Inventario de Ansiedad de (BAI), encontrando una asociación negativa entre la depresión, la multimorbilidad, la falta de una pareja y la CdV; asimismo, ser independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria mejora la CdV en los dominios de Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social y Salud física. En varios estudios, la actividad física de las PAM se ha relacionado positivamente con la CdV a través de mayor independencia y autonomía (Pernambuco *et al.*, 2012). Si bien estos resultados son robustos, se requiere de mayor investigación para su relación con otras dimensiones (Vagetti *et al.*, 2014). Xavier *et al.* (2003) con una muestra de PAM con 80 y más años, han analizado las determinantes de la CdV definida de forma dicotómica (buena/mala) a través de preguntas abiertas. Los resultados indican que un buen estado de salud, la relación con la familia y la seguridad financiera se asocian con una buena CdV, mientras que una mala se asocia casi exclusivamente con un peor estado de salud. Adicionalmente, hay evidencia que apunta entre poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ADLs), tener una mejor salud, mayor satisfacción financiera y menor depresión y una mejor CdV.

Así, los deterioros dictados por la edad merman las capacidades y finalmente la autonomía de las PAM, repercutiendo negativamente en su CdV. Frente a esta situación se reconoce que estos problemas pueden ser aminorados si se cuenta con apoyos especializados, cuidados y atenciones que no siempre están disponibles, ya sea por el grado de especialización y/o los costos que implican, o por la dificultad de obtenerlos a través de las instancias públicas, cuando éstas los tienen contemplados.

2.2 PAM, ocio y calidad de vida

Para las PAM el turismo es una actividad relevante porque los orienta hacia el envejecimiento activo y porque el uso de su tiempo libre resulta esencial para su estado de salud y su percepción de felicidad (Alcántara da Silva, 2014). Si bien

el tiempo libre es una importante fuente de satisfacción y bienestar a todas las edades, éste toma particular relevancia para las PAM retiradas que cuentan con mayor tiempo disponible (Lardies *et al.*, 2015; Fernández-Ballesteros, 2011). Recientemente, Bernini y Cracolici (2015) han encontrado que a mayor edad menor es el deseo de viajar, aunque se asocie con mayores gastos, mientras que las cohortes de mayor edad, si bien están más interesados en viajar, muestran una menor propensión a gastar en estas actividades, aunque en el comportamiento de las PAM con relación a las actividades turísticas pueden incidir de forma importante aspectos adscritos a la esfera de la vida personal (Huber, Milne y Hyde, 2019).

Con referencia a la relación entre la CdV, ocio y actividades turística se observa que, cuando éstas se realizan, mayores niveles de ingreso se asocian con una mayor CdV (Alexandre, Cordeiro y Ramos, 2009), posiblemente al proporcionar la oportunidad de entrelazar relaciones sociales, experimentar emociones positivas y adquirir conocimientos, aunque estén también en función del género y de la edad (Brajša-Žganec, Merkaš y Šverko, 2011). Las actividades turísticas pueden potenciarse si las PAM tienen movilidad y cuentan con recursos para poderlas realizar, pero, además de los aspectos ligados a la experiencia turística (Kim, Woo y Uysal, 2015), también la seguridad en los destinos turísticos es particularmente valorada (Henchoz *et al.*, 2015; Lindqvist y Björk, 2000).

2.3 Discapacidad y barreras: Demanda turística

No obstante, la mayoría de las personas padezca alguna discapacidad (transitoria o permanente) en algún momento de su vida, al aumentar la edad existe un mayor riesgo de discapacidad (WHO, 2017, 2011). Durante el tiempo que perdure esta condición, y en función de la severidad de la misma, los individuos demandan productos turísticos con características especiales (Garay y Cánoves, 2009), aunque las oportunidades de viaje y alojamiento para personas con necesidades de accesibilidad son limitadas. Debido a que las PAM tienen el deseo y el derecho de viajar, cuando lo hacen prefieren los servicios especializados que cubran sus necesidades (Gamze y Günseli, 2016; Pühretmair y Buhalis, 2008).

El garantizar la accesibilidad debe materializarse abatiendo toda barrera que impida o limite el acceso a estos servicios, siendo un factor determinante para promover la participación en las actividades, el consumo, el aprovechamiento y el disfrute de los productos y servicios turísticos por parte de las personas con alguna limitación o discapacidad. De acuerdo con Packer, Small y Darcy (2008:13-

14) las barreras pueden ser: 1) intrínsecas, resultantes del nivel de la función cognitiva, física y psicológica del individuo; 2) económicas, relacionadas con la asequibilidad de los productos turísticos incluyendo los gastos adicionales ligados a las necesidades especiales; 3) ambientales, aquellas en función de los factores que se encuentran en el contexto físico y que puedan inhibir el desenvolvimiento autónomo de los turistas; y 4) interactivas, que se revelan frente a la falta de disponibilidad de la información, actitudes negativas por parte de los prestadores de servicio, y dificultades de comunicación, entre otras.

Reconociendo que el turismo influye en la CdV de las PAM atendiendo las necesidades de esparcimiento, es necesario compensar el deterioro (físico, emocional y mental) y eventualmente una discapacidad, reduciendo aquellas barreras que impiden su aprovechamiento; es decir, proporcionando infraestructura, servicios y atenciones que permitan atender la demanda a través de una oferta turística incluyente (Huerta, 2006). De esta forma no sólo se estaría cumpliendo con el mandato establecido por el “turismo accesible” – aquél que consiente el disfrute pleno de los destinos turísticos por parte de los usuarios que presentan alguna discapacidad, ya sea física, mental o sensorial (Secretaría de Turismo [SECTUR], 2018) –, sino también con el de *Tourism for all*, definido como “Aquella forma de turismo que planea, diseña y desarrolla actividades turísticas de ocio y tiempo libre de manera que puedan ser disfrutadas por toda clase de personas con independencia de sus condiciones físicas, sociales o culturales” (Fernández, 2007; en WHO, 2014:21).

Para la economía nacional, el Producto Interno Bruto Turístico del 2017 expresado en pesos corrientes a precios básicos, según los datos de la Cuenta Satélite del Turismo de México 2017 preliminar (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018), alcanzó el 8.7% del PIB, mostrando un incremento del 2.9% respecto al año anterior. En este mismo año, el sector turístico contribuyó con el 5.9% del empleo remunerado (2.3 millones) y el total del consumo alcanzó los 3,203,097 millones de pesos corrientes. De éstos, el 92% corresponde al consumo interior⁷ (2,946,090 millones de pesos) y el restante 8% (257,007 millones de pesos) al consumo emisor⁸. Del total del consumo interior, el consumo turístico de residentes en México (consumo interno) constituyó el 82.5%, mientras que el gasto que realizan los visitantes de otras naciones (consumo receptivo) aportó el restante 17.5%.

A pesar de su crecimiento, las PAM y las PcD son un nicho de mercado que no ha sido explotado y poco analizado en México, al igual que en otros países; muestra de lo anterior es

⁷ El gasto de consumo realizado por los turistas dentro del país.

⁸ El gasto en consumo realizado por los turistas residentes fuera del país.

la falta de datos que permitan contar con un panorama turístico actualizado al respecto. Entre enero y diciembre de 2018⁹ de los más de 41.4 millones de turistas internacionales (SECTUR, 2019a), un poco más de 18.1 millones ingresaron por vía aérea al país; de éstos se resalta la participación de aquellos provenientes de los Estados Unidos (59.2%) y Canadá (11.9%), seguidos por los del Reino Unido (3.1%), Colombia (2.7%) y Argentina (2.5%) (SECTUR, 2019b). Al considerar sólo los dos primeros países que representan más del 70% de las llegadas por esta vía, se observa que las proyecciones de población indican un incremento de las PAM (He, Goodkind y Kowal, 2016; Statistics Canada (2011:406-421), así como un aumento de las PcD que pertenecen a este grupo (Statistics Canada, 2017; He y Larsen, 2014). A éstos, se debe sumar la población PAM nacional que, si bien cuenta con menos recursos (Raccanello, Osorio y Molina, 2015), también representa algunos millones de turistas potenciales.

Frente al incremento esperado de la demanda, los destinos turísticos requieren adaptar, y eventualmente ampliar, su oferta para poderla atender (Patuelli y Nijkamp, 2016). Sin embargo, en México, la oferta turística se encuentra rezagada en materia de turismo accesible (SECTUR, 2017) por la existencia de barreras físicas en términos de infraestructura e instalaciones (Zajadacz, 2015), problemas funcionales relativos a la falta de conocimientos por parte de los prestadores de servicios turísticos acerca de este segmento y sus necesidades específicas, así como por la escasa legislación en materia de accesibilidad (Damazio y Gallardo, 2009) e injerencia por parte de las instancias correspondientes (Raccanello y Ruíz, 2017). Asimismo, con la excepción de algunas acciones encaminadas hacia el turismo incluyente, no se aprecia el desarrollo de políticas públicas o sectoriales integradas para promover el turismo accesible (Clemente, 2015) que, sin duda, representa una interesante área de oportunidad. En este sentido, la implementación de políticas públicas miradas a promover la penetración e implementación de un turismo para todos, debe considerar los procesos de colaboración entre los involucrados (*stakeholders*) que permitan a las personas con necesidades de accesibilidad, vivir y disfrutar de la experiencia turística de manera independiente, con equidad y dignidad, facilitándoles productos y servicios con diseño universal (Darcy, Cameron y Pegg, 2010). Sólo a través de una oferta turística accesible, basada en el diseño universal – el cual de forma inherente considera las necesidades específicas de las PAM y PcD que surgen de su condición –, se garantizará el

⁹ Entradas aéreas de visitantes extranjeros, por país de residencia a enero de 2019; disponible en: <http://www.datatur.sectur.gob.mx/SitePages/Visitantes%20por%20Residencia.aspx>

consumo de productos y servicios acorde a sus necesidades (Fernández, 2012).

Es preciso reconocer que la investigación carece de un análisis relacionado con la demanda turística de las PAM que, sumado a la falta de teorías que aborden el turismo gris, constituyen un obstáculo importante para el desarrollo de esta rama de la disciplina (Alén, Losada y De Carlos, 2017). Con base en lo anterior, la literatura que aborda las limitaciones que se desprenden de una mayor edad con referencia a la demanda turística es prácticamente inexistente.

Al detectar la falta de un modelo que explique el comportamiento de la demanda turística de las PAM y PcD, a continuación, se propone una función de demanda para un individuo representativo que incorpora estos aspectos. Es importante observar que, aunque relevantes, el análisis no se centra en las variables económicas, sino en la edad, la discapacidad (a su vez en función de la edad) y las barreras, las cuales permiten la reducción del efecto negativo en la demanda. También, se introduce la percepción de salud en función de la discapacidad y del estado de salud del individuo.

3. MODELO DE DEMANDA TURÍSTICA

3.1 Función de demanda

Para un individuo representativo, la demanda turística D^T está determinada en función de tres componentes fundamentales:

$$D^T = Z(1 - Dr^*B)S^* = [1][2][3]$$

3.1.1 Aspectos económicos

La componente Z [1] representa los aspectos económicos que influyen de forma convencional en la demanda como el ingreso (I), el precio del producto turístico (P), de los bienes y servicios complementarios y sustitutos (P_c, P_s), así como sus preferencias o gustos (G).

$$Z = Z(I, P, P_c, P_s, G) \quad [1]$$

3.1.2 Discapacidad percibida y barreras

La segunda componente considera que una discapacidad afecta la demanda turística (D^T) de acuerdo a la percepción del individuo. La discapacidad (Dr^*) interactúa con las barreras (B), por lo cual la discapacidad percibida (Dr^*B) puede ser aminorada mediante la intervención externa reduciendo las barreras (implementación de políticas públicas, disponibilidad de infraestructura, capacitación especializada de los operadores turísticos para atender a la PAM o PcD, entre otras) o interna

(adquisición de aparatos, terapias, apoyo de familiares u otras personas, etc.).

La discapacidad percibida influye en la demanda turística de acuerdo a [2].

$$(1 - Dr^*B) \quad [2]$$

Esta modelación admite que un individuo con alguna discapacidad pueda tener una demanda turística equiparable, *ceteris paribus*, a un individuo que no la padece. Siendo que $0 \leq B \leq 1$ (0: ninguna barrera, 1: barreras extremas), se observa que si el individuo presenta una discapacidad extrema ($Dr^* = 1$) y enfrenta barreras que no lo apoyan para realizar sus actividades ($B = 1$), no demandará productos turísticos ($D^T = 0$). Un individuo que no tiene ninguna discapacidad ($Dr^* = 0$) tendrá una demanda de: $D^T = ZS$, existan o no barreras; lo mismo ocurre si, a pesar de tener una discapacidad extrema ($Dr^* = 1$) no enfrenta barreras ($B = 0$). De esta forma, el modelo expresa que una reducción de las barreras puede fomentar la demanda turística, a pesar de que el individuo presente limitaciones impuestas por su condición.

Formalmente, la discapacidad se modela de acuerdo a [3]:

$$D^* = D(\text{edad}, \text{edad}^2, x) + d \quad [3]$$

Donde, $D = D(0, x) = 0$

De acuerdo con la literatura, una discapacidad puede ser consecuencia del deterioro físico (D) que se relaciona con la edad, entre otras variables que no son de interés para el modelo. Asimismo, el individuo puede padecer una discapacidad congénita o adquirirla por accidente; en ambos casos se considera que ésta no dependa de la edad, y que tenga una magnitud d con una probabilidad de ocurrencia p modelada según una distribución de Bernoulli $d \sim Be(p)$. Por simplicidad se supone que un individuo pueda estar sujeto únicamente a un solo evento de este tipo a lo largo de su vida y que, en caso de ocurrencia, $d = 1$.

Esto implica que si $0 \leq D \leq 1$ y $0 \leq d \leq 1$, entonces: $0 \leq D^* \leq 2$

Se reescala la discapacidad de tal forma que $0 \leq Dr^* \leq 1$ a través de la fórmula:

$$Dr^* = \frac{D^*}{2}$$

3.1.3 Estado de salud percibido

La tercera componente corresponde al estado percibido de salud S^* [4] que está en función de la salud objetiva – no observada – (S) que, a su vez, está determinada por el ingreso y la edad, de acuerdo a una relación cuadrática con forma de “U” invertida.

$$S^* = S(I, edad, edad^2)(1 - Dr^*B) = S(1 - D^*B) \quad [4]$$

Donde, $S_{edad} > 0, S_{edad^2} < 0$

La salud objetiva ($S > 0$)¹⁰ se multiplica por $(1 - Dr^*B)$ al tomar en consideración la discapacidad (Dr^*) y las barreras existentes (B), que afectan a la percepción de salud (S^*) del individuo. Se observa que $S^* \rightarrow S$ cuando se reducen las barreras ($B \rightarrow 0$); resultado que también es válido cuando el individuo no padece ninguna discapacidad ($Dr^* = 0$).

3.2 Aplicación del modelo

Como primer paso se determina si, además de la solución $B = 0$, existe una solución que indique la reducción de las barreras para eliminar el efecto de una discapacidad.

Este resultado se obtiene igualando a cero el diferencial total de la demanda turística al suponer que frente a un aumento de la discapacidad las barreras se reduzcan de forma compensatoria.

$$dD^T = \frac{\delta D^T}{\delta Dr^*} dDr^* + \frac{\delta D^T}{\delta B} dB = 0$$

Es decir:

$$dD^T = [2ZS(1 - Dr^*B)(-B)]dDr^* + [2ZS(1 - Dr^*B)(-Dr^*)]dB = 0$$

Por lo cual se obtiene la solución [5]:

$$\frac{dB}{dDr^*} = -\frac{B}{Dr^*} \quad [5]$$

¹⁰ Se supone que S sea una función estrictamente positiva y decreciente respecto a la edad ($S_{edad} > 0, S_{edad^2} < 0$). Si $S = 0$ la persona fallece, por lo cual se excluye del análisis dicho valor ($S \neq 0$).

Es decir, frente a un aumento de la discapacidad ($dDr^* > 0$), las barreras¹¹ deben reducirse proporcionalmente en:

$$dB = -\frac{B}{Dr^*} dDr^*$$

Posteriormente, se analiza qué ocurre a la variación del cambio en la demanda turística provocada por una discapacidad cuando se incrementa la edad. Al manipular la ecuación que representa a D^T se obtiene:

$$D^T = ZS^* - ZS^*Dr^*B$$

En la cual, al sustituir [4] y diferenciando respecto a Dr^* se obtiene:

$$\frac{dD^T}{dDr^*} = -ZSB - (ZSB - 2ZSDr^*B^2) = -2ZSB + 2ZSDr^*B^2$$

Observando que un aumento en la discapacidad provoca una caída en la demanda debido a que el resultado es negativo [6]:

$$\frac{dD^T}{dDr^*} = -2ZSB + 2ZSDr^*B^2 < 0$$

$$-1 + Dr^*B < 0$$

$$Dr^*B < 1$$

[6]

Lo cual siempre se cumple debido a que $0 \leq B \leq 1$ y $0 \leq Dr^* \leq 1$. En el caso $B = Dr^* = 1$ entonces $D^T = 0$, por lo cual la demanda no puede reducirse aún más.

Debido a que el objetivo es encontrar cómo una mayor edad afecta al cambio de la demanda turística por un aumento en la discapacidad, se obtiene la segunda derivada respecto a la edad, en la cual se espera un resultado negativo porque una discapacidad tiende a manifestarse a mayor edad y la salud tiende a empeorar. Para ello:

$$\frac{d^2D^T}{dDr^*dedad} = -2ZB(S_{edad} + S_{edad^2}) + 2ZB^2[(S_{edad} + S_{edad^2})Dr^* + S(Dr^*_{edad} + Dr^*_{edad^2})]$$

¹¹ Se reconoce que las barreras pueden estar en función del ingreso del individuo u hogar donde $B = B(I), B_I < 0$, debido que una mayor disponibilidad económica permite el acceso a apoyos externos o a infraestructura hotelera con mejor equipamiento; se retoma brevemente esta consideración en las conclusiones.

Donde S_{edad} y S_{edad^2} (Dr_{edad}^* y $Dr_{edad^2}^*$) representan la primera derivada de la función salud (S) (discapacidad percibida, Dr^*) respecto a $edad$ y $edad^2$ respectivamente. Es importante señalar que, de acuerdo al modelo: $S_{edad}, Dr_{edad}^* > 0$, mientras que $S_{edad^2} < 0$ y $Dr_{edad^2}^* > 0$.

Al simplificar 2ZB:

$$\begin{aligned} \frac{d^2 D^T}{dDr^* edad} &= -(S_{edad} + S_{edad^2}) \\ &\quad + B[(S_{edad} + S_{edad^2})Dr^* + S(Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*)] \\ &= -(S_{edad} + S_{edad^2})(1 - BDr^*) + BS(Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*) \end{aligned}$$

Cuyo resultado es negativo si se cumple [7]:

$$(S_{edad} + S_{edad^2})(1 - BDr^*) > BS(Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*) \quad [7]$$

Que puede escribirse como:

$$\frac{(1 - BDr^*)}{BS} > \frac{Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*}{S_{edad} + S_{edad^2}}$$

Se observa que por definición:

$$\frac{(1 - BDr^*)}{BS} > 0$$

Por lo cual [7] se cumple si:

$$\frac{Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*}{S_{edad} + S_{edad^2}} < 0$$

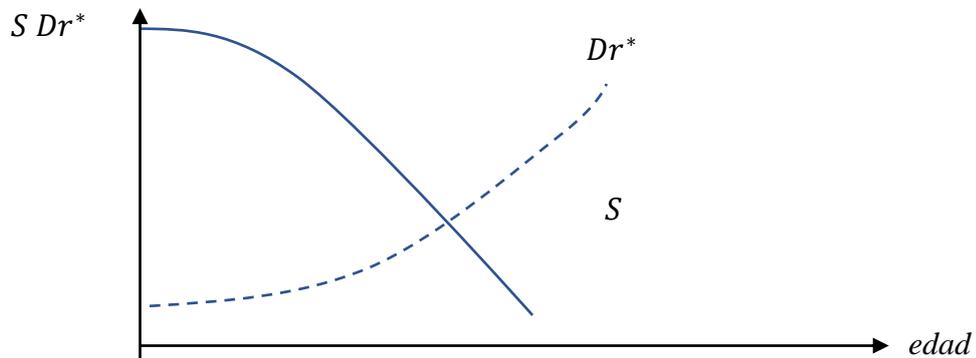
Si el término del lado derecho de [7] fuera positivo, pero suficientemente pequeño para que:

$$\frac{(1 - BDr^*)}{BS} > \frac{Dr_{edad}^* + Dr_{edad^2}^*}{S_{edad} + S_{edad^2}} > 0$$

También se vería verificada la desigualdad.

De acuerdo con los efectos de $edad$ y $edad^2$ respecto a S y Dr^* , el comportamiento de S es cóncavo respecto a la edad, y convexo para Dr^* (Figura 1).

Figura 1. Comportamiento de S y Dr*



Fuente: Autores

Considerando que $S_{edad}, Dr_{edad}^* > 0$, mientras que $S_{edad^2} < 0$ y $Dr_{edad^2}^* > 0$, a través de un ejercicio de demicrosimulación se observa que sólo para edades superiores a los 50 años la desigualdad [7] se cumple. Entonces, a mayor edad, mayor es el efecto de la discapacidad que hace caer la demanda turística con mayor velocidad (se reduce siempre más la demanda de servicios turísticos de las PAM).

3.3 Políticas públicas para personas adultas mayores y personas con discapacidad

De acuerdo al modelo se pueden identificar diversos elementos que resultan útiles para el diseño de políticas públicas orientadas al abatimiento de las barreras para las PAM y PcD con el fin de fomentar la demanda turística. De forma puntual, éstos se reconducen al entorno familiar, a la sociedad en su conjunto y al sector turístico; es decir, a los actores que interactúan con las personas objeto de este análisis.

Debido a que las intervenciones por parte del gobierno pueden y deben ser implementadas con fines preventivos (*ex-ante*) y de mitigación (*ex-post*). Las primeras buscarán sensibilizar a la población en torno a las necesidades de estos grupos vulnerables, así como crear conciencia sobre el inevitable proceso de envejecimiento y la importancia del cuidado de la salud, garantizando los derechos humanos y la CdV de estas personas. Las segundas, de forma complementaria, y fundamentadas en un marco jurídico que contemple su debida aplicación, deberán modificar el entorno persiguiendo los mismos fines de las primeras. Entre éstas se contempla la adaptación de las estructuras y de los espacios para garantizar la accesibilidad, así como establecer las normas para que las nuevas construcciones contemplen las necesidades

pertinentes, apoyos y formación de las personas (familiares y personal), en materia de atención y cuidados para los integrantes de estos grupos vulnerables.

3.3.1 Políticas públicas ex-ante

Estas políticas se enfocan a las personas jóvenes y adultas quienes, a pesar de no ser parte de este grupo vulnerable, tienen relación con éste. Al respecto, se propone:

Sensibilización de las condiciones de las PAM y PcD entre la población joven - A través de acciones dirigidas a distintos grupos etarios, se busca sembrar el significado y la importancia de la igualdad y no discriminación; considerar la vejez como una etapa natural de la vida en la cual algunos individuos pueden requerir de apoyos y asistencia. La implementación está estrechamente ligada con el grupo etario objeto de la intervención; por esta razón, se debe analizar la viabilidad de implementar dichas acciones a través de campañas en las escuelas, mediante el ajuste de los contenidos de los cursos escolares a nivel básico y difusión de la información a través de redes sociales, entre otros.

Fomentar una cultura y propiciar estrategias de prevención - Al haberse comprobado que a mayor edad empeora el estado de salud, lo cual se asocia con alguna discapacidad, es recomendable implementar políticas públicas efectivas con el objetivo de:

- Promover una cultura de prevención - para los jóvenes e,
- Implementar una estrategia de prevención - para los adultos señalando las ventajas a corto, mediano y largo plazo de una alimentación saludable, realizar actividad física, así como las consecuencias de hábitos dañinos para la salud relacionados con la disminución de las capacidades funcionales e intrínsecas.

Para maximizar su efectividad, programas y acciones deben ser integrados, transversales, coordinados de forma interinstitucional a través de los distintos niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) y las dependencias involucradas con el aval de las autoridades correspondientes en la materia.

3.3.2 Políticas públicas ex-post

Dada la problemática en objeto, la implementación de las políticas *ex-post* deberá mantenerse en tanto no se observen los resultados de las intervenciones señaladas en el apartado anterior (*ex-ante*).

De acuerdo con el modelo, se observa que la reducción de las barreras debe ser proporcional a la discapacidad [5], lo cual redundaría en una mayor demanda y una mejor CdV. Si bien las limitaciones impuestas por estas condiciones difieren según el tipo y la severidad de la discapacidad, de acuerdo a las características propias de cada individuo y su entorno, se debe considerar que las instalaciones y las atenciones que

pueden ser ofrecidas a las PAM y PcD son fundamentalmente estandarizadas. El abatimiento de las barreras permitirá que el mayor número de individuos se beneficie al aprovechar las sinergias derivadas de las acciones del gobierno con la colaboración de los hogares. Al ser complementarias, por un lado, el gobierno puede establecer políticas no sólo alineadas, sino también ampliar el alcance dictado por el *Tourism for all*¹² y la Guía de Recomendaciones de Diseño Universal para el Sector Turismo (SECTUR, 2018); y, por otro, se debe priorizar que el apoyo a las PAM y PcD sea proporcionado, según su capacidad, por cada hogar. Para ello, se debe fortalecer el tejido social al interior de los hogares sensibilizando las necesidades de estas personas, proporcionando apoyos y entrenamiento, para facilitar la atención y el cuidado. Sólo cuando los hogares no estén en grado de poder proporcionar la atención mínima necesaria el gobierno debería intervenir, garantizando mejores de condiciones para estas personas.

- *Crear condiciones amigables para las PAM y PcD* – Las mejoras se refieren a al menos los siguientes ámbitos: a) entorno y relaciones familiares/sociales, b) infraestructura y, c) servicios.
 - a) Con referencia al ámbito familiar y social es necesario elaborar un diagnóstico de las condiciones actuales de la población objetivo y, a partir de éste, aplicar las estrategias que permitan a las PAM y PcD recibir un trato digno en condiciones de igualdad en el pleno respeto a los derechos humanos. En caso la familia no pueda garantizar estas condiciones a pesar de recibir apoyos y/o capacitación, se deberá considerar la posibilidad de que la población objetivo pueda obtenerlas a través de terceros. Es importante modificar el sentir de la sociedad en cuanto a la aceptación e integración de estas personas, a pesar del tiempo que implique un cambio de naturaleza cultural, ya que ésta deberá acogerlos con particular atención y paciencia.
 - b) Una mejora en infraestructura se alcanza mediante la adopción de los criterios establecidos por el diseño universal con relación a las nuevas instalaciones públicas y privadas y, cuando posible, a través de la adaptación de las ya existentes. Además, es necesario verificar las capacidades y las facultades de aquellos que se dedican a, o a los cuales se les encomienda su implementación para garantizar la accesibilidad deseada. Para este punto es imprescindible no sólo contar¹³, sino

¹² Algunos elementos pertinentes se encuentran en OMT (2014).

¹³ La *Guía de recomendaciones de diseño universal para el sector Turismo. Actualización y rediseño*. (SECTUR, 2018) constituye un claro ejemplo al respecto; se trata de recomendaciones que, por naturaleza, no constituyen una obligación.

aplicar de manera efectiva la normatividad al respecto, así como asignar las tareas de verificación a las instituciones u organismos que cuenten con las atribuciones correspondientes.

- c) Una de las barreras más importantes, y a la vez menos visibles en términos de accesibilidad, se refiere a la forma en que se proveen los servicios a las PAM y PcD¹⁴. Por la heterogeneidad de las condiciones de esta población y por los servicios que requiere, se recomienda que éstos se ofrezcan siguiendo el mismo espíritu plasmado en los principios del *Tourism for all*.

Desde una visión integral, los programas y acciones tendrían un impacto positivo para el sector turístico debido al aumento en la demanda; asimismo, una oferta accesible está en grado de ofrecer sus servicios a un segmento de la población que, actualmente, carece de los incentivos para poder disfrutar de ellos en igualdad de condiciones.

Finalmente, debido a que la demanda turística tiende a reducirse conforme aumenta la edad, probablemente no sería económicamente rentable para el sector turístico empresarial poder ofrecer un nivel de accesibilidad para las personas adultas ultra mayores y PcD que requieran de atenciones específicas, debido a que:

- Este segmento podría ser poco dispuesto en adquirir estos productos por su misma condición y, en caso de serlo,
- los precios de estos productos/servicios podrían no ser asequibles por la capacidad ociosa que enfrentarían los oferentes.

Para poder incluir a este subgrupo de personas ultra mayores, el gobierno, con el apoyo de fundaciones u organizaciones de la sociedad civil (OSC) podrían proporcionar una alternativa viable para su atención.

4. CONCLUSIONES

Frente al envejecimiento de la población, y reconociendo la importancia de las actividades turísticas en la CdV de las PAM, se ha formalizado un modelo que busca cerrar parcialmente la brecha en materia que ha sido señalada por parte de la literatura. En particular, se ha puntualizado cómo una reducción de las barreras puede fomentar la demanda

¹⁴ Algunos ejemplos relativos al sector turístico pueden referirse a situaciones tan básicas como: disponibilidad de menús (bajo en grasa y bajo en sal) de acuerdo a el estado de salud de la persona; disposición de las mesas en un comedor (dejando suficiente espacio para permitir la movilidad a quienes utilizan algún equipo); estacionamientos, sanitarios, rampas (considerando la pendiente y ancho de éstas, no únicamente su existencia), botones de emergencias (ubicados a una altura accesible) y señalización, entre otros.

turística, a pesar de las limitaciones de las PAM dictadas por alguna discapacidad ligada al deterioro físico debido a la edad.

Los resultados sugieren que la implementación de las políticas públicas orientadas al turismo accesible, mediante el abatimiento de las barreras, tendrían un efecto positivo en la demanda turística y, consecuentemente, beneficiarían el sector.

Reconociendo que un mayor ingreso permite acceder a instrumentos y/o tratamientos que reducen la percepción de una discapacidad, e incrementan la de salud, por parte de las PAM y PcD, al introducir esta relación se estaría ampliando el alcance del modelo presentado, anticipando un efecto positivo que repercutiría en una mayor demanda turística a través de las componentes no económicas que se sumarían al que se deriva por un mayor ingreso disponible. Si, además, se considera que también la percepción de las barreras puede estar inversamente relacionada con el ingreso, evidentemente, el efecto sería aún mayor.

En esta misma línea, al incluir la trayectoria del ingreso en el tiempo, de acuerdo al segmento etario y al crecimiento de cada uno de éstos, sería posible microsimular el comportamiento de la demanda en función de la parametrización de sus componentes. Al respecto, con relación a las barreras, a pesar de haberse identificado algunas categorías en las cuales puedan agruparse, en las ecuaciones éstas se han sido modeladas de forma general. Es más, considerando una ponderación diferenciada de acuerdo con la importancia de las barreras, se podría analizar el efecto marginal sobre la demanda turística derivado de su abatimiento, y sugerir una priorización para tales efectos en términos de políticas públicas.

Asimismo, de acuerdo al modelo, conforme aumenta la edad el efecto de la discapacidad tendría a reducir la demanda turística de las PAM de forma siempre más marcada, lo cual revelaría que, a pesar de las políticas públicas, las PAM ultra mayores podrían no utilizar estos servicios. Para este caso específico, una intervención focalizada por parte del gobierno y OSC para atender esta población, podría ser la única opción viable.

Debido a que conforme incrementa la edad se reduce la disponibilidad económica de las PAM, en particular cuando los individuos se jubilan de su empleo y/o porque las pensiones garantizan sólo una pequeña fracción del salario percibido, es inevitable reconocer que, bajo esta perspectiva, sólo una parte del total de la población objetivo podrá acceder a los servicios turísticos. Estas observaciones, no restan importancia a las conclusiones de este trabajo porque deben ser consideradas e interpretadas como una oportunidad al establecer acuerdos entre el gobierno y el sector privado.

Si bien es fácilmente previsible la implementación de tarifas preferenciales para PAM y PcD durante la baja temporada, cuando la capacidad ociosa de las instalaciones turísticas es mayor, que a su vez pueden incentivar a estos grupos vulnerables tomar la decisión de aventurarse en la experiencia del turismo para todos, merecen considerarse también otras opciones que prevén una activa participación de instancias públicas (Raccanello, Ángeles Constantino y Molina, 2014).

Finalmente, a pesar de las consideraciones en torno al crecimiento de la población de las PAM y PcD en Estados Unidos y Canadá, es evidente que las actividades turísticas pueden realizarse en el mismo país de residencia, cuando las instalaciones y la atención cumplan con las necesidades de esta población, lo cual justifica el alcance de los resultados propuestos en este trabajo.

5. REFERENCIAS

- ALCÁNTARA DA SILVA, P. (2014): "Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal" *Caderno de Saúde Pública*, 30(11), pags. 2387-2400.
- ALÉN, M., DOMÍNGUEZ, T., y FRAÍZ, A. (2010): "El turismo senior como segmento de mercado emergente" *Cuadernos de Turismo*, 26, pags. 9-24.
- ALÉN, E., LOSADA, N., y DE CARLOS, P. (2017): "Understanding tourist behaviour of senior citizens: lifecycle theory, continuity theory and a generational approach" *Ageing & Society*, 37(7), pags.1338-1361.
- ALEXANDRE, T. D. S., CORDEIRO, R. C., y RAMOS, L. R. (2009): "Factors associated to quality of life in active elderly" *Revista de Saude Publica*, 43(4), pags. 613-621.
- BANCO MUNDIAL (2019): "Datos de libre acceso" Sitio internet del Banco Mundial. Recuperado el 1 marzo de 2019 de: <https://datos.bancomundial.org/>
- BEERS, M. H., y BERKOW, R. (2000): *Merck Manual of Geriatrics*. 3a ed. Whitehouse Station (NJ), Merck Research Laboratories.
- BERNINI, C., y CRACOLICI, M. F. (2015): "Demographic change, tourism expenditure and life cycle behavior" *Tourism Management*, 47, pags. 191-205.
- BRAJŠA-ŽGANEC, A., MERKAŠ, M., y ŠVERKO, I. (2011): "Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being?" *Social Indicators Research*, 102(1), pags. 81-91.
- CLEMENTE, J. A. (2015): *El turismo social accesible: un análisis sociológico en la región de Murcia*, Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.

- DAMAZIO, G., y GALLARDO, R. (2009): "Evaluación de la accesibilidad para personas con discapacidad en los servicios turísticos de las Llanuras del Norte de Costa Rica" *Tecnología en Marcha*, 22(1), pags. 95-112.
- DARCY, S., CAMERON, B., y PEGG, S. (2010): "Accessible tourism and sustainability: a discussion and case study" *Journal of Sustainable Tourism*, 18(4), pags. 515-537.
- DIENER, E., y SUH, E. (1997): "Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators" *Social Indicators Research*, 40(1), pags. 189-216.
- FELCE, D., y PERRY, J. (1995): "Quality of life: Its definition and measurement" *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), pags. 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2011): "Envejecimiento saludable" Congreso Envejecimiento: La investigación en España y Europa. Facultad de matemáticas UCM, Madrid. Coordinado por RODRÍGUEZ, V. Recuperado el 30 de septiembre de 2018 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>
- FERNÁNDEZ, M. T. (2012): "Los consumidores de la tercera edad y el diseño universal" *Boletín Económico de ICE*, 3026, pags. 45-55.
- FRYE, A. (2015): "Capitalising on the Grey-haired Globetrotters. Economics aspects of increasing tourism among older and disabled people" International Transport Forum Discussion Paper, No. 2015-11, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- GALLO, J. J., y COYNE, J. C. (2000): "The challenge of depression in late life: bridging science and service in primary care" *Jama*, 284(12), pags. 1570-1572.
- GAMZE, Ö., y GÜNSELI, B. (2016): "Accessible tourism: the golden key in the future for the specialized travel agencies" *Journal of Tourism Futures*, 2(1), pags. 79-87.
- GARAY, L. A., y CÁNOVES, G. (2009): "El desarrollo turístico en Cataluña en los dos últimos siglos: una perspectiva transversal" *Documents d'anàlisi geogràfica*, 53, pags. 28-46.
- HE, W., y LARSEN, J. L. (2014): *Older Americans With a Disability: 2008–2012*, U.S. Census Bureau, American Community Survey Reports, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.
- HE, W., GOODKIND, D., y KOWAL, P. (2016): *An Aging World: 2015*, U.S. Census Bureau, International Population Reports, Washington, D.C., U.S. Government Publishing Office.

- HENCHOZ, Y., MEYLAN, L., GOY, R., GUESSOUS, I., BULA, C., DEMONT, M., RODONDI, N., y SANTOS-EGGIMANN, B. (2015): "Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions" *Age and ageing*, 44(6), pags. 979-985.
- HUBER, D., MILNE, S. y HYDE, K. F. (2019): "Conceptualizing Senior Tourism Behaviour: A Life Events Approach" *Tourist Studies*, pags. 1-27 <https://doi.org/10.1177/1468797619832318>
- HUERTA, J. (2006): *Discapacidad y accesibilidad. La dimensión desconocida*, Lima, Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA [INEGI]. (2018): Comunicado de Prensa núm. 655/18, 13 de diciembre de 2018.
- KIM, H., WOO, E., Y UYSAL, M. (2015): "Tourism experience and quality of life among elderly tourists" *Tourism Management*, 46, pags. 465-476.
- LARDIES-BOSQUE, R., FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PÉREZ, F., FORJAZ, M. J., MARTÍNEZ-MARTIN, P., y ROJO-ABUIN, J. M. (2015): "Leisure activities and quality of life among older adults in Spain" en *A New Research Agenda for Improvements in Quality of Life*. MAGGINO F. (editor) Social Indicators Research Series, 57, pags. 63-189.
- LINDQVIST, L. J., y BJÖRK, P. (2000): "Perceived safety as an important quality dimension among senior tourists" *Tourism Economics*, 6(2), pags. 151-158.
- MIRANDA, L. C. V., SOARES, S. M., y SILVA, P. A. B. (2016): "Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center" *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(11), pags. 3533-3544.
- NUSSBAUM, M., Y SEN, A. (1993): *The quality of life*, Oxford, Clarendon Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL TURISMO [OMT]. (2014): *Manual sobre el Turismo Accesible para todos: principios, herramientas y buenas prácticas – Módulo I*. Madrid, OMT.
- PACKER, T., SMALL, J., y DARCY, S. (2008): *Tourist experiences of individuals with vision impairment*, Gold Coast (Queensland), Sustainable Tourism CRC Pvt. Ltd.
- PAIVA, M. H. P. D., PEGORARI, M. S., NASCIMENTO, J. S., y SANTOS, Á. D. S. (2016): "Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil" *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(11), pags. 3347-3356.
- PATUELLI, R., y NIJKAMP, P. (2016): "Travel motivations of seniors: a review and a meta-analytical assessment" *Tourism Economics*, 22(4), pags. 847-862.

- PERNAMBUCO, C. S., RODRIGUES, B. M., BEZERRA, J. C. P., CARRIELO, A., FERNANDES, A. D. D. O., VALE, R., y DANTAS, E. (2012). "Quality of life, elderly and physical activity" *Health*, 4(2), pags. 88-93.
- PÜHRETMAIR, F., y BUHALIS, D. (2008): "Accessible tourism introduction to the special thematic session" en *International Conference on Computers for Handicapped Persons*. MIESENBERGER K., KLAUS J., ZAGLER W. y KARSHMER A. (editores) *Lecture Notes in Computer Science*, 5105, pags. 969.
- RACCANELLO, K., ÁNGELES CONSTANTINO, M. I., Y MOLINA VELASCO, N. (2014): "Envejecimiento y políticas sociales integradas en la Ciudad de México" *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, [en línea] (12). Recuperado el 15 de junio de 2019 de: <https://www.redalyc.org/html/2815/281532956008/>
- RACCANELLO, K., OSORIO ALARCÓN, M. A., y MOLINA VELASCO, N. (2015): "Economic vulnerability and ageing in Mexico" *Panorama Económico*, 11(21), pags. 53-84.
- RACCANELLO, K., y RUIZ, M. G. (2017): "Turismo Accesible: Personas Adultas Mayores y Marco Legal en México" en *Avances en Investigación Turística – Análisis y Aplicación*. RACCANELLO, K. y DOMÍNGUEZ, P. (coordinadores) pags. 123-135.
- SECRETARÍA DE TURISMO [SECTUR]. (2017): Directorio de Empresas con sello Turismo Incluyente vigente. Recuperado el 8 de septiembre de 2018 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343479/EMPRESAS_INCLUYENTE.pdf
- SECRETARÍA DE TURISMO [SECTUR]. (2018): *Guía de recomendaciones de diseño universal para el sector Turismo. Actualización y rediseño*, México, SECTUR. Recuperado el 8 de septiembre de 2018 de: http://www.sectur.gob.mx/gobmx/wp-content/uploads/2018/01/Gu%C3%ADa-Recomendaciones-Dise%C3%B1o-Universal-ST_Completa.pdf
- SECRETARÍA DE TURISMO [SECTUR]. (2019a): Comunicado 016/2019. Recuperado el 28 de marzo de 2019 de <https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-alcanzara-43-millones-603-mil-turistas-internacionales-este-ano?idiom=es>
- SECRETARÍA DE TURISMO [SECTUR]. (2019b): Entradas aéreas de visitantes extranjeros, por país de residencia a enero de 2019. DATATUR. Recuperado el 22 de marzo de 2019 de <http://www.datatur.sectur.gob.mx/SitePages/Visitantes%20por%20Residencia.aspx>

- SOÓSOVÁ, M. S. (2016): “Determinants of quality of life in the elderly” *Cent Eur J Nurs Midw*, 7(3), pags. 484-493.
- STATISTICS CANADA (2011): *Canada Year Book 2011*. Ottawa: Minister of Industry. Recuperado el 30 de marzo de 2019 de: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2011000/pdf/front-preliminaires-eng.pdf>
- STATISTICS CANADA (2017): *A profile of persons with disabilities among Canadians aged 15 years or older, 2012*. Ottawa: Minister of Industry. Recuperado el 30 de marzo de 2019 de: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-654-x/89-654-x2015001-eng.pdf?st=D8nBj7v6>
- TAMEZ VALDÉZ, B. M. (2017): “La dependencia en el adulto mayor como elemento indicador del nivel de vulnerabilidad en la vejez”, en *Vejez y vulnerabilidad*. RONZÓN HERNÁNDEZ, Z., VÁZQUEZ PALACIOS, F. R. y MURGUÍA SALAS, V. (coordinadores), pags. 119-146.
- UNITED NATIONS (2015): *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*, New York, United Nations.
- UNITED NATIONS (2017): *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*, New York, United Nations.
- VAGETTI, G. C., BARBOSA, V. C., MOREIRA, N. B., OLIVEIRA, V. D., MAZZARDO, O., y CAMPOS, W. D. (2014): “Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), pags. 76-88.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1997): *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. WHOQOL Group, Programme on Mental Health - Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2011): *World report on disability*, Malta, World Health Organization and The World Bank.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2015): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Luxembourg, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2017): *Global strategy and action plan on ageing and health*, Switzerland, World Health Organization.
- XAVIER, F. M., FERRAZ, M., MARC, N., ESCOSTEGUY, N. U., y MORIGUCHI, E. H. (2003): “Elderly people’s definition of quality of life” *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(1), pags. 31-39.

ZAJADACZ, A. (2015): “The contribution of the geography of disability to the development of ‘accessible tourism’”
Turyzm, 25(1), pags. 19-27.